



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIBEL GARCIA CAMACHO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maribel Garcia Camacho**

Correo electrónico institucional: **dra_maribelg@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Médico Especialista en Medicina Legal**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2010**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Enero de 2006**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Administración de Instituciones de Salud**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **3 de Mayo de 2022**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Unidad Departamental de Medicina Legal**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico**

Especifique función principal: **Otro - Médico Especialista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2010** Teléfono de oficina y extensión: **5551321250 - 1035**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Calle: **av Insurgentes Norte**

Número interior: **Piso 20**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico (Oficial)**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Médico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Seguridad Pública

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2006**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2008**

Área de adscripción / Área: **Control de Confianza**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **414,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **414,000.00**